

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 473

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André RANCOULE

Né le 28 Juillet 1911, à VILLESÈQUES-DES-CORBIÈRES (Aude)

Considérations
sur quelques cas de tuberculose
de l'oreille moyenne

Président : . LEMAITRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N° ———
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André RANCOULE

Né le 28 Juillet 1914, à VILLESÈQUES-DES-CORBIÈRES (Aude)

Considérations
sur quelques cas de tuberculose
de l'oreille moyenne

Président : . LEMAITRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		CHIRAY.
		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoulle't
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNEO.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique		GREGOIRE.
Clinique urologique		LENORMANT.
		TERRIEN.
		MARION.
Clinique d'accouchements		LEVY-SOLAL.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANÇON.
Clinique cardiologie		MATHIEU.
Assistance médico-sociale		LAUBRY.
		CROUZON.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOUL ..
BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{le} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR GABRIEL RANCOULE

A MA MERE

A MON BEAU-PERE

LE DOCTEUR PAUL PETIT

A TOUS LES MIENS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui nous a toujours prodigué un enseignement aussi dévoué que bienveillant.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Considérations sur quelques cas de tuberculose de l'oreille moyenne

INTRODUCTION

On regarde assez souvent la tuberculose de l'oreille moyenne comme une affection rare et l'on trouve peu sa description dans les manuels de pathologie. « En parcourant les traités d'otologie, en visitant nos cliniques otiatiques où elle occupe si peu de pages et si peu de lits, on pourrait supposer que l'oreille est un territoire interdit au bacille de Koch. La rareté de la tuberculose de l'oreille n'est qu'une illusion clinique, une mauvaise interprétation dissimule la réalité » (LERMOYEZ). C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'exposer au cours de ce travail quelques considérations sur cette affection dont la rareté relative nous paraît plutôt tenir à la diversité des formes que revêt la maladie et qui la fait ainsi passer inaperçue ou lui fait attribuer un tout autre diagnostic.

L'affection se présente sous plusieurs formes, les unes d'allure typique, telles que la forme chronique de la tuberculose tympanique. Mais dans d'autres cas, la tuberculose de l'oreille moyenne peut offrir un ta-

bleau différent et son diagnostic devient alors délicat.

FRÉQUENCE DE L'AFFECTION.

Ainsi que nous venons de le dire, on a longtemps considéré cette affection comme étant d'une rareté relative. Les statistiques des auteurs qui se sont occupés de la question infirment cette opinion. ORMENOD considère qu'il y a 15,3 % de cas de tuberculose dans les suppurations observées, de même que COX et DWEEGER aux Etats-Unis l'estiment à 15 %. Certains auteurs, tels que ZÖLLNER, pensent que cette proportion est moins élevée et donnent le chiffre de 3 à 5 %. Il paraît toutefois que cette proportion est beaucoup plus grande chez les enfants et qu'elle atteint chez eux un pourcentage plus élevé de l'ordre de 15 %.

Polymorphisme de l'affection.

Et pourtant, malgré la netteté de ces chiffres, on ne saurait trop insister sur le polymorphisme et l'insidiosité de l'affection tant dans son aspect clinique que dans son évolution. Cette insidiosité de la tuberculose de l'oreille moyenne a eu pour résultat de faire varier, au cours de l'étude de cette maladie, les conceptions des auteurs qui s'en sont occupés. On considèrerait autrefois que toute carie du rocher devait être envisagée comme la signature de la tuberculose. Puis

les opinions ont varié dans un sens diamétralement opposé et l'on en est venu à considérer que la tuberculose de l'oreille moyenne était une chose rare ne pouvant se manifester que chez un sujet déjà porteur d'autres lésions tuberculeuses. Or, en contradiction avec ces deux théories, on a reconnu depuis que toute otite tuberculeuse n'évolue pas nécessairement chez un phtisique et que d'autre part toutes les otites des phtisiques ne sont pas nécessairement tuberculeuses. En effet, sur 431 autopsies de phtisiques, BRIEGER trouve seulement 22,7 % de sujets présentant de l'otorrhée, et sur ces 22,7 %, 14 seulement présentaient des signes d'otorrhée tuberculeuse. Pour ALT, chez un phtisique, une otorrhée terminée par une méningite tuberculeuse n'est pas nécessairement une otorrhée tuberculeuse; une otorrhée banale peut en effet solliciter d'elle-même chez le phtisique des accidents de méningite tuberculeuse.

De l'ensemble des observations que nous avons lues se rapportant à des cas intéressant des enfants ou des adultes, ce qui nous a frappé, c'est le polymorphisme de l'affection bacillaire auriculaire donnant le tableau tantôt d'une évolution aiguë, tantôt d'une évolution chronique.

Mais dans la plupart des cas, la clinique à elle seule ne permet pas au spécialiste de poser le diagnostic certain par le tableau tiré de l'examen du malade. D'autre part, les recherches du laboratoire ne donnent pas toujours un résultat positif dans les

otites bacillaires dont l'évolution ultérieure a prouvé la nature.

Nous nous permettons ici, pour fixer les idées, de rappeler les formes cliniques de l'affection qui nous occupe, décrivant d'abord la forme habituelle de celle-ci, qui nous paraît être la tuberculose chronique de l'oreille moyenne et ensuite les diverses formes qui ont été signalées par les différents auteurs, soit que les lésions évoluent chez des sujets présentant d'autres lésions bacillaires (tuberculose secondaire), soit qu'elles évoluent chez des sujets ne présentant aucune autre atteinte tuberculeuse (tuberculose primitive), soit qu'elles aient une évolution aiguë ou traînante, une localisation et une extension plus ou moins variable et une symptomatologie plus ou moins fruste.

CHAPITRE PREMIER

FORMES CLINIQUES

(FORME CHRONIQUE D'EMBLEE)

Tuberculose de l'oreille moyenne à évolution classique

Le début de cette forme de tuberculose est particulièrement insidieux. Le plus souvent elle survient sans douleurs. Le malade ressent une sensation de gêne comme dans le catarrhe tubaire, ou bien éprouve l'impression de plénitude auriculaire avec diminution de l'acuité auditive.

A ce stade de début, l'image tympanique présente une infiltration diffuse, jaune pâle, avec congestion des vaisseaux tympaniques. Dans d'autres cas, on peut observer de petits tubercules miliaires qui se distinguent nettement à la loupe. On trouve aussi de petits nodules jaunâtres, phlycténulaires. Signe caractéristique, le tympan de ces malades au lieu d'être sensible au stylet comme le tympan normal, est presque toujours tout à fait insensible.

Ces altérations tympaniques peuvent se résorber

complètement, mais le plus souvent la membrane se perforé au niveau des points infiltrés ou des points nodulaires et l'écoulement de pus est le premier et unique signe qui frappe le malade et le conduit chez le médecin. Ces perforations souvent multiples, sont larges d'emblée, ou du moins s'agrandissent rapidement, soit par extension de la perforation unique ou par confluence de perforations multiples.

Cette forme de début est importante à connaître car on la confond souvent avec le catarrhe tubo-tympanique ou le début de l'otite aiguë. Mais l'aspect du tympan si caractéristique permettra de la distinguer facilement des catarrhes de l'oreille moyenne.

A un stade plus avancé de l'affection, l'aspect particulier de la perforation avec ses bords dentelés, infiltrés, les perforations multiples, l'odeur fétide de l'écoulement avec l'absence de cholesteatome, mettront le médecin sur la voie du diagnostic.

Mais les choses traînent et évoluent insidieusement. On assiste peu à peu à la disparition du tympan et des osselets, tandis que d'abondantes fongosités grisâtres apparaissent sur le cadre tympanal. Le promontoire apparaît blanchâtre et présente des irrégularités sur sa surface. Le tout est insensible au stylet, et ce qui frappe, c'est l'altération souvent considérable de l'oreille interne s'accompagnant d'une étonnante diminution de l'acuité auditive. Tel était le cas dans l'observation que nous relatons au cours de ce travail.

Ces lésions évoluent habituellement très lentement

et s'étendent parfois au corps du rocher, à la mastoïde et même à l'endocrâne. On observe des paralysies de la VI^e et de la VII^e paire. La méningite cependant est rare. On peut même observer des perforations avec hémorragie de la carotide interne.

Il semblerait, comme l'ont dit CEMAK et NAKAMURA, que l'on peut parfois observer la guérison de cette affection et il résulte de la plupart des statistiques qu'il n'y a qu'un petit nombre de malades qui meurent des suites de leur affection auriculaire. Comme ZANGE l'a indiqué, il s'agit dans la plupart des cas de lésions intéressant la muqueuse du labyrinthe, ce qui ne constitue pas une atteinte inéluctable.

B.— FORMES AIGUES AVEC MICROBES ASSOCIES

Nous avons déjà dit que l'évolution pouvait être différente tant chez les enfants que chez les adultes. Chez les enfants, il n'est pas rare que la tuberculose de l'oreille moyenne offre le tableau d'une affection aiguë avec phénomènes généraux. La primo infection de l'oreille chez les nourrissons et chez les petits enfants arrive parfois avec brusquerie et conduit la plupart du temps à une rapide destruction de l'oreille moyenne. Cette primo infection se distingue des autres inflammations non bacillaires de l'oreille moyenne par ce fait que les ganglions de cette région sont spécialement atteints.

Ces formes aiguës sont très souvent des formes avec microbes associés. Cela s'explique facilement puis-

que la tuberculose de l'oreille moyenne est en fait, par le canal de la trompe d'Eustache, une tuberculose à lésion ouverte. Les microbes surajoutés le plus communément rencontrés sont le streptocoque, le bacille d'Hoffmann, le colibacille... Cette surinfection peut se traduire par une assez grande diversité de syndromes. On constate :

— soit une évolution galopante, ce qui s'explique par le coup de fouet que donne la surinfection;

— soit une évolution à paroxysmes suivis d'accalmies;

— soit une évolution plus lente.

La localisation des lésions et leur extension peut permettre de décrire un grand nombre de formes cliniques.

C'est ainsi que BRIEGER répartissait la tuberculose de l'oreille en formes lupique, infiltrante, fongueuse, nécrosante. GRADENIGO décrit une forme sèche et une forme purulente, ZÜRNER une forme fibro-caséuse et BEZOLD une forme fibrinoïde.

Les lésions peuvent se localiser à la caisse ou atteindre l'oreille interne, la mastoïde et amener dans cette dernière une véritable fonte du tissu osseux avec séquestres et altérations de la peau. Parfois, la mastoïde est boursouflée au point de faire croire à une véritable tumeur (forme tumorale).

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique.

Le diagnostic peut être basé sur les antécédents, l'état pulmonaire du sujet, l'évolution des lésions. MAJAX a décrit une forme rare d'otite moyenne tuberculeuse à allure douloureuse. Elle débute par de profondes douleurs de tête et des névralgies du trijumeau. Il semble qu'il s'agisse dans ce cas d'une localisation assez rare du premier stade de la maladie dans la profondeur du rocher. GRUNBERG, THIES-SING et RICHTER ont pu démontrer l'existence de petites nodosités tuberculeuses dans la moelle osseuse de cette région. Ces manifestations douloureuses survenant chez un tuberculeux doivent donner l'éveil au médecin et orienter son diagnostic dans le sens d'une otite spécifique.

Parmi les signes essentiels qui peuvent faire soupçonner l'évolution tuberculeuse, il faut citer une surdité marquée rapidement progressive, les paralysies des nerfs craniens, les nécroses osseuses allant souvent jusqu'à une complète mise à nu de la paroi du

labyrinthe. On note l'existence de fistules, l'apparition de granulations ou de bourgeons exubérants.

Tous ces symptômes doivent faire soupçonner l'existence d'une tuberculose de l'oreille moyenne, surtout lorsqu'on a la certitude qu'il existe chez le malade une tuberculose pulmonaire manifeste ou d'autres foyers tuberculeux. Mais l'absence apparente de lésions pulmonaires ne doit pas suffire à écarter tout soupçon de tuberculose de l'oreille moyenne.

Laboratoire.

Dans bien des cas, surtout dans ceux où les symptômes sont moins nets, il est nécessaire d'éclairer le diagnostic à l'aide d'autres facteurs.

On s'adressera au Laboratoire et l'examen reposera sur quatre recherches :

1° La biopsie.

On la pratique au niveau de la caisse sur un bourgeon pâle et torpide. On peut considérer sa réponse positive comme ayant la valeur d'une affirmation si l'on trouve le follicule tuberculeux avec sa disposition cellulaire en cocarde. Si la réponse est négative, il faut toujours la tenir pour incertaine.

2° L'intradermoréaction.

L'injection de tuberculine provoque deux ordres de réactions :

a) UNE RÉACTION GÉNÉRALE sous forme de température et une réaction locale au point d'inoculation.

b) UNE RÉACTION LOCALE au niveau de l'oreille. On peut voir se déclarer de graves complications telles que paralysie faciale ou méningite. Sans arriver jusqu'à ces accidents, il est cependant courant d'observer une exacerbation des phénomènes douloureux et une augmentation de la sécrétion. Quelle est la valeur de ce procédé de diagnostic ? Les avis sont partagés :

LERMOYEZ la condamne comme étant à résultats incertains et inexacts (car souvent positive chez les sujets sains).

CEMACH en est au contraire très partisan en reconnaissant qu'elle est toutefois d'une application très délicate. Il n'est pas conseillable à l'otologiste de la pratiquer lui-même.

La cuti-réaction de Von PIERKETT donne au point d'inoculation une manifestation circonscrite et plus anodine, mais son utilité est très faible car elle ne fait que traduire l'existence d'un foyer local sans le préciser.

3° Examen du pus.

Cet examen présente deux causes d'erreur.

a) LA PRÉSENCE DE BACILLES ACIDO-RÉSISTANTS que l'on trouve dans le pus de vieilles otorrhées chroniques. Ce bacille acido-résistant se différencie morphologiquement du B. K. par sa plus grande longueur, son protoplasme plus étendu et plus homogène, mais ce n'est évidemment pas là une différenciation nette sur laquelle on peut baser un diagnostic.

b) LE BACILLE DE KOCH est rare et difficile à recueillir.

D'après BRIEGER, on le rencontre dans un tiers seulement des cas cliniquement diagnostiqués d'une manière évidente. Pour améliorer le rendement de cet examen, il y aurait intérêt d'après CEMACH à procéder au prélèvement de la manière suivante :

Après lavage de l'oreille, on met une mèche pendant 48 heures. Puis on enlève cette mèche, on lave, on centrifuge l'eau et la mèche pour avoir un dépôt de 5 mm. de hauteur, on homogénise et on colore.

4° Inoculation au cobaye.

C'est le procédé le plus sûr, mais sa réponse est lente. Le péritoine du cobaye demande un délai de près de deux mois. BRIEGER indique le procédé suivant à appliquer au niveau des ganglions inguinaux :

on contusionne ces ganglions et l'on pratique l'inoculation dans le territoire lymphatique correspondant; au bout de 3 semaines, ces ganglions sont extirpés et examinés. La réaction peut être encore activée en injectant le 8^e jour 3/1.000^e de milligramme de tuberculine.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Première observation.

Observation de M. J..., 38 ans, facteur des postes à Paris. Entré le 13 septembre 1937 au sanatorium de Durtol (Puy-de-Dôme) avec le diagnostic suivant : tuberculose fibro-caséuse diffuse étendue à la majeure partie des deux champs des deux poumons, lésions particulièrement confluentes et denses sur la moitié supérieure.

Très mauvais état général, maigreur, signes d'intoxication, température fébrile modérée. Signes physiques assez discrets en désaccord avec l'importance des signes radiologiques.

Otite suppurée, bilatérale avec pharyngite ulcéreuse suspecte.

Pronostic très réservé : forme cachectisante.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Parents vivants et bien portants, deux frères et deux sœurs bien portants.

Commémoratifs. — Début apparent en novembre 1936, rhume traînant, toux sèche, asthénie.

En janvier 1937, angine et température à 38°, durée une semaine. Puis pharyngite chronique à laquelle on attribue la toux et l'amaigrissement. Cesse son travail en juillet 1937. Radiographie, examen de crachats ont permis de faire le diagnostic, les signes d'auscultation étant extrêmement discrets.

Vu pour la première fois le 7 novembre 1937.

L'affection a débuté il y a deux mois par une légère douleur dans les deux oreilles, douleur que le malade compare à un léger malaise lui donnant plutôt l'impression d'obstruction auriculaire que d'otalgie vraie. Le lendemain, la douleur a complètement disparu et le malade constate, à son réveil, que les deux oreilles coulent. L'écoulement persiste actuellement mais le malade, qui ne souffre pas, se plaint seulement de bourdonnements d'oreilles et de surdité très accentués. Il n'a ni vertiges, ni céphalées. Rien à signaler du côté du VII.

Au spéculum, on note :

O. D. — Ulcération du tympan, quadrant postérieur à bord irrégulier et dentelé. Le reste de la membrane est rouge et épaissie.

O. G. — Perforation pré-martellaire, tympan infiltré.

Des deux côtés, pus abondant dans les conduits.

Deuxième examen un mois plus tard, le 12 décembre. Aggravation considérable de la surdité qui est à peu près complète. Suppuration abondante. Des végétations grisâtres existent dans les deux oreilles avec, par place, de l'os dénudé au niveau des cadres tym-

panaux et des promontoires. Trois mois plus tard, en revoyant le malade, on constate que le marteau a été éliminé, à droite. On note, toujours, l'absence de douleurs et la suppuration paraît moins abondante.

Fin avril 1938, l'état du malade était le suivant :

A droite, destruction totale du tympan avec élimination des osselets. Fongosités au niveau du promontoire et de l'attique. Pus épais, non odorant.

A gauche, vaste perforation tympanique occupant presque toute la membrane dans lequel apparaît le marteau ostéité et fongueux. Le promontoire qui est blanc nacré donne au stylet une sensation d'os râpeux.

La sensibilité au contact est amoindrie et l'attouchement du promontoire au stylet ne provoque aucune réaction chez le malade.

Les épreuves d'audition ont donné les résultats suivants :

Weber, à égalité.

Rinne, positif des deux côtés.

O. D. et O. G. : montre non perçue ni par l'air ni par l'os.

L'épreuve de Gellé est positive.

Les phonèmes aigus (voix haute) ne sont pas perçus des deux côtés. Les phonèmes graves le sont légèrement.

EPREUVE CALORIQUE :

— O. D. — 30 centimètres cubes d'eau à 15° : pas de nystagmus.

— O. G. — 30 centimètres cubes d'eau à 10° : lé-

ger nystagmus de très faible durée, à peine quelques secondes, sans vertige.

Le prélèvement de pus et de fongosités n'a pas décelé la présence de B. K., seulement de banales cellules géantes. Il n'a pas été fait d'inoculation au cobaye, l'aspect des lésions et surtout l'état général du malade nous paraissent indiquer la nature de l'affection.

Le malade est, actuellement, en cours de traitement. Celui-ci consiste en lavages au Dakin dilué et en instillations de liquide de Callot. Il a été fait plusieurs curettages de fongosités suivis d'attouchements au chlorure de zinc. La suppuration paraît avoir diminué, le bourgeonnement est moins intense, mais les lésions d'ostéite ne semblent pas avoir tendance à la cicatrisation.

En résumé, il s'agit d'une otite moyenne bacillaire à évolution lente, bien caractérisée, tant par ses symptômes que par son évolution. Il est à remarquer le début insidieux, indolore ne se manifestant que par l'apparition d'un écoulement et des troubles auditifs. Par contre, malgré l'absence de douleur, les lésions destructives ont pris une ampleur considérable au point de déterminer la destruction du tympan, des osselets, l'ostéite du promontoire et une profonde atteinte des labyrinthes tant vestibulaires que cochléaires, sans toutefois donner lieu à des troubles de l'équilibre. La recherche du B. K. a été négative. Il n'y a pas lieu de s'en étonner car, comme l'a indiqué RETROUVEY, elle est presque constamment négative dans 95 % des cas.

Deuxième observation.

Otite moyenne aiguë bi-latérale suivie de mastoïdite gauche chez un enfant de deux ans ayant des antécédents bacillaires (père mort récemment de tuberculose pulmonaire).

A l'opération, fonte mastoïdienne d'aspect caséux étendue à presque toute l'apophyse. Suites opératoires assez caractéristiques : pas de bourgeonnements, élimination de la paroi profonde des conduits osseux et membraneux. Suppuration des oreilles persistante, abondante et fétide comme dans l'otorrhée. Surdité accentuée.

Un mois après l'opération, la plaie osseuse était grisâtre, sans aucune prolifération de bourgeons. L' tat général est très déficient, température 38 à 39 , et 15 jours après, l'enfant présente des signes de méningite, raideur de la nuque, vomissements, torpeur, etc... La ponction lombaire montre du B. K et dans le liquide, lymphocytose avec quelques polynucléaires. Mort quelques jours après.

Les deux observations de bacillose de l'oreille moyenne que nous rapportons ont trait à deux aspects différents de la même affection.

Dans l'observation I, il est à remarquer dès le début de la maladie l'insidiosité de l'évolution. Le malade n'a pas souffert et ne s'est plaint en somme que de son écoulement et d'une surdité progressive. Celle-ci a augmenté au point qu'au bout de quelques mois le malade était presque totalement sourd. Par ail-

leurs, ce malade quoique présentant des signes nets d'altération du labyrinthe vestibulaire ne s'est jamais plaint de vertiges. Ce manque de symptômes fonctionnels a été déjà signalé par quelques auteurs.

La caractéristique des signes cliniques était bien l'indolence des lésions. L'exploration du promontoire au stylet et même le curettage étaient à peu près indolores.

Dans l'observation II, il s'agit d'une bacillose auriculaire à évolution aiguë. Le diagnostic n'a été établi que rétrospectivement par l'examen du liquide céphalo-rachidien, mais cependant la nature bacillaire de l'affection était probable en raison des lésions constatées à l'opération (fonte mastoïdienne) et l'évolution anormale des suites opératoires (séquestres multiples).

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nos idées sur le traitement de la tuberculose de l'oreille moyenne ont évolué depuis quelques années et se sont totalement modifiées. Le traitement chirurgical qui occupait la première place a cédé le pas au traitement conservateur qui compte le plus grand nombre de partisans.

On a en effet, constaté que l'intervention, même la plus large, ne pouvait faire une exérèse totale du tissu tuberculeux. Cette opération forcément incomplète donnait un coup de fouet à la maladie.

De plus, les symptômes alarmants qui dans le cas d'une suppuration de l'oreille rendent l'opération nécessaire doivent être jugés moins sévèrement dans la tuberculose de l'oreille moyenne.

C'est ainsi que l'on a observé la guérison par élimination de gros séquestres (CEMAK et NAKAMURA). Les localisations labyrinthiques sont d'un pronostic moins grave que dans les affections aiguës. Comme l'a montré ZANGE, il s'agit dans la plupart des cas de labyrinthite séreuse qui ne rend pas nécessaire une intervention.

Il ressort de la plupart des statistiques que beaucoup de malades meurent moins des suites de leur affection auriculaire que de leur maladie pulmonaire. On limitera donc l'intervention au cas où une opération radicale permettra l'exérèse totale des tissus tuberculeux ou à ceux que viennent compliquer de graves accidents (paralysie faciale, gros séquestres mastoïdiens).

Le traitement conservateur s'adresse à la fois à l'état général et à l'état local. Il est certain que la thérapeutique générale occupe toujours la première place et le traitement moderne de la tuberculose est à appliquer intégralement.

Suralimentation, repos, grand air, cures de soleil en sont les éléments essentiels avec les rayons ultraviolets dont on combinera l'action sur tout le corps et également sur la partie malade. Les rayons solaires ou lumineux introduits dans le conduit à l'aide d'appareils spéciaux n'ont qu'une efficacité très restreinte. En effet, ils ne peuvent atteindre que la partie de la muqueuse de l'oreille moyenne qui est visible dans le conduit auditif, tandis que le plus souvent l'infection siège profondément dans le promontoire ou dans des parties de la caisse inaccessibles à ces rayons. Ce n'est que grâce aux rayons X que nous avons le moyen d'atteindre le champ tout entier du mal, même à travers l'os.

Leur dosage demande une grande expérience.

Les doses moyennes et utiles sont de 150 à 210 R,

avec, évidemment des doses supérieures ou inférieures suivant les cas.

— *Quant aux agents chimiques*, ils sont toujours actifs et à réserver aussi pour le traitement post-opératoire.

Ils comprennent l'acide lactique au 1/3, l'acide tri-chloroacétique à 2 %, l'acide chromique à 3 %. De toutes façons, ces agents seront appliqués d'une manière très discrète, L'iodoforme sera utilisé en glycérine iodoformée ou en poudre sur de la gaze. Des lavages au Dakin et les instillations de liquide de Callot nous ont donné de bons résultats.

Par un choix judicieux du traitement, on peut dans le plus grand nombre des cas espérer la guérison de l'infection de l'oreille moyenne; on ne peut établir de pronostic absolument défavorable que dans le cas où la maladie de l'oreille moyenne survient dans le stade final de la phtysie.

Quand l'état général est relativement bon, on peut arriver par contre à arrêter et à guérir de graves infections de l'oreille.

Voilà donc les divers moyens locaux mis à la disposition de l'otologiste par l'arsenal thérapeutique. Lequel choisir ? Nous l'avons déjà dit, on ne saurait juger a priori, mais d'une manière générale et pour s'en tenir aux idées modernes, c'est au traitement conservateur qu'il convient plutôt de recourir. Le traitement opératoire passait autrefois au premier plan. On se rend compte maintenant non de son inutilité mais de son danger par rapport aux résultats

qu'il peut fournir. On ne peut, en effet, jamais affirmer que l'opération a atteint son but, c'est-à-dire l'exérèse totale du foyer tuberculeux. Alors cela vaut-il la peine de faire courir au malade le risque d'une intervention importante pour constater finalement qu'il faut en venir au traitement conservateur ? Il nous semble donc qu'à part des cas bien définis où l'intervention s'imposera et sera suivie du traitement physiothérapique, mieux vaut d'emblée recourir au traitement conservateur qui donne dans son ensemble des résultats moins décevants que la cure radicale.

CONCLUSIONS

Nous voilà donc parvenu au terme de ces quelques considérations. Qu'en retenir ? Quels sont les points à mettre le plus particulièrement en valeur ?

Il nous semble pouvoir en retirer les principes généraux suivants :

1° La tuberculose de l'oreille moyenne est plus fréquente qu'on ne le pense habituellement.

2° Elle passe souvent inaperçue par suite du tableau clinique variable que peut présenter cette affection.

3° Une exacte classification est rendue difficile par les nombreuses formes cliniques.

4° La forme typique nous a paru être la forme d'otite moyenne tuberculeuse à évolution lente.

5° On peut distinguer à côté des formes différentes, tant par leur localisation que par leur extension et leurs complications.

6° Le traitement tend à être surtout médical. Les agents physiques sont à conseiller.

7° L'intervention chirurgicale (surtout l'évidement petro-mastoïdien) est réservée à des cas spéciaux, bien limités, ou s'accompagnant d'accidents graves.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

LERMOYEZ et BOULAY. — Thérapeutique des maladies de l'oreille.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE

LERMOYEZ. — Etude clinique de la tuberculose de l'oreille.

1922

CEMACH. — Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne.

1932

COLLET et MAYOUX. — Tuberculose à début aigu probablement primitive.

SAINT-CLAIR THOMPSON. — Tuberculose de l'oreille moyenne chez les adultes en sanatorium.

ORMEROD. — Tuberculose de l'oreille moyenne.

1934

HALPHEN, SALOMON et LOISEAU. — Surdité bi-latérale apoplectiforme par névrite et lésion nucléaire chez un tuberculeux pulmonaire.

1935

MILLER. — Tuberculose auriculaire.

KREPUSKA. — Otite tuberculeuse avec méningite.

COLLET et MAYOUX. — Tuberculose de la mastoïde.

1936

MUSCT. — L'évidement dans la tuberculose auriculaire de l'adulte, atteint de tuberculose active.

STUPKA. — Nécrose et séquestration de la mastoïde gauche d'origine tuberculeuse.

FREMEL. — Tuberculose de l'oreille moyenne et labyrinthique au cours d'une leucémie.

1937

BLEWAD. — Remarque sur la tuberculose de l'oreille moyenne.

★★

DUBOIS. — La tuberculose de l'oreille moyenne. *Gazette médicale de Picardie*, 1926.

HUT. — La tuberculose de l'oreille moyenne. *Revue de laryngologie et de rhinologie*, 1922.

RETROUVEY. — Tuberculose de l'oreille moyenne : diagnostic et traitement. *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1927.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



